|  |  |
| --- | --- |
| **Permanence médicale** : 02 47 47 37 37 **Fax** : 02 47 47 38 26  | **Centre Régional de Pharmacovigilance** **Centre-Val de Loire****Service de Pharmacosurveillance**  **2 boulevard Tonnellé, CHU 37044 Tours** **Chef de service :** Dr. AP Jonville-Béra |
| **E-mail** : crpv@chu-tours.fr ou pharmacovigilance@chu-tours.mssante.fr *(sécurisée)* |

|  |
| --- |
| **Formulaire de pharmacovigilance****□ Demande d’avis** *(confirmation d’un EI et/ou médicament(s) probablement en cause, CAT, reprise du médicament ?... )***□ Déclaration d’effet indésirable médicamenteux**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du patient** *(nom entier si une réponse écrite est souhaitée)* | **Déclarant***(nom, fonction, service et tel)\** |
| Nom :  | Prénom :  | *\*si demande d’avis = nom du médecin* |
| Date de naissance :  | Sexe : □ Féminin □ Masculin |
| Taille (cm) : Poids (kg) : | Si CHU, IPP :  |
| Comorbidités/antécédents/pathologies en cours: |

**Effet indésirable :**

|  |
| --- |
| Effet(s) indésirable(s) [EI] diagnostiqué ou suspecté :Date de survenue de l’EI : |

**Description clinique de l’effet indésirable :**

|  |
| --- |
| Merci de préciser l’histoire clinique, le contexte de survenue, les caractéristiques cliniques et biologiques de l’EI ainsi que leur chronologie avec l‘évolution et les éventuelles récidives, que cela coïncide ou non avec la prise d’un ou plusieurs médicaments :Si EI biologique, joindre les principaux résultats de la biologie |

|  |
| --- |
| **Résultats du bilan étiologique réalisé (par exemple : myélogramme, biopsie cutanée, bilan infectieux, bilan d’auto-immunité) :** |

|  |
| --- |
| **Résolution de l’EI** : □ Oui □ Non **Si oui, date de fin ou durée de l’EI** : |
| **Gravité de l’EI (EI ayant entrainé)** : | **Évolution de l’EI** : |
| □ Hospitalisation ou prolongation d’hospitalisation | □ Guérison sans séquelle □ Guérison avec séquelle □ Sujet non encore rétabli  |
| □ Incapacité ou invalidité permanente □ Mise en jeu du pronostic vital □ Décès  | □ Décès en lien avec l’EI □ Décès sans rapport avec l'EI □ Inconnue |

|  |
| --- |
| **S’il s’agit d’une demande d’avis, quelle est la question ?** |

**Détail de tous les médicaments ayant été débutés avant la survenue de l’EI (y compris vaccins, produits de contraste)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments (posologie, voie administration)** | **Indication** | **Date de début** | **Date de fin** | **Si arrêt, évolution favorable de l’EI ?** | **Si réintroduction, récidive de l’EI ?** |
| #1 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #2 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #3 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #4 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #5 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #6 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #7 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #8 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #9 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #10 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #11 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |
| #12 |  |  |  |  | □ Oui □ Non | □ Oui □ Non |

|  |
| --- |
| **Merci de joindre le compte rendu d’hospitalisation et/ou d’observation médicale****Toute demande incomplète ne sera pas traitée** |